

자상후 유발된 지연성 신동맥류 및
신동맥-하대정맥류에 의한 신성 고혈압 1예

연세대학교 원주의과대학 내과학교실, 방사선과 교실*, 춘천 의료원 내과**

김진수, 이형준, 이은영, 최승욱, 김영주*, 구철희**

신성 고혈압에는 일반적으로 신장 실질 장애와 신장 동맥 협착에 의한 것으로 나뉘어 질수 있으며 이중 신장 동맥 협착에 의한 원인으로는 주로 죽상 경화증과 섬유근성 이형성으로 나뉘나 이외에도 동맥류, 색전, 선천성 협착, 동정맥류, neurofibromatosis, 종양이나 혈종 또는 이물 등에 의한 압박, 외상 등에 의한 원인이 있을수 있다. 최근 하복부 자상에 의한 십이지장 파열, 상행결장 파열, 하대 정맥 파열후 지연성 신동맥류 및 신동맥-하대정맥류에 의해 발생한 지연성 신성 고혈압 1예를 경험 하였기에 보고하는 바이다.

증례) 본 20세된 남자 환자는 복부 자상후 본원 응급실에 내원 하였다. 내원당시 활력 징후상 혈압은 80/60mmHg 이었고 고혈압의 과거력은 없었다. 환자는 자상에 의한 범복막염 진단하에 응급 수술을 시행하여 하대 정맥 봉합술, 십이지장 절개후 위공장 결합술, 상행 결장 절개후 barrel 결장 조루술을 시행하였다. 환자는 퇴원 후 외래 추적 관찰하였으며 1년 정도 지나, 두통이 발생하여 측정한 혈압 205/129 mmHg, 우측 상복부에서 지속성 잡음이 청진되어 신성 고혈압 의심하에 혈관 조영 촬영술을 시행하였고 허리 동맥에 가성 동맥류, 우측 신동맥에서 동맥류와 하대 정맥류가 관찰 되어, 외상후 발생한 지연성 신동맥-하대 정맥류 및 신동맥류 진단하에 허리 동맥내에 micro-coil 삽입술과 신동맥-하대 정맥류 및 신동맥류에 balloon 과 micro-coil 삽입술을 시행하였다. 환자는 시술후 혈압은 정상화 되었으나 외래 추적 관찰중 다시 혈압이 상승되어 ACE inhibitor(enalapril 10mg) 부여하면서 혈압은 140/80mmHg 유지되는 상태로 현재 추적 관찰 중이다.

현미경적 다발성동맥염(microscopic polyarteritis)에 의한 급속진행성 사구체 신염 1예

연세대학교 원주의과대학 내과학교실, 병리학교실*

김용호, 이형준, 김진수, 이은영, 최승욱, 정순희*

급속진행성 사구체신염은 병리조직학적으로 광범위한 반월상 형성과 임상적으로는 발병 3개월 이내에 사구체여과율이 50%이상 급속히 감소하는 것을 특징으로 하는 질환으로 면역학적 병인이 다른 여러 가지 신질환에 의해 발생되는데, 항기저막 항체질환, 면역복합체 질환, 면역침착이 없는 질환으로 대별된다. 면역침착이 없는 제3형 급속진행성 사구체신염은 과거 특발성으로 분류되었으나, 지금은 항호중구 세포질 항체와 관련된 전신성 혈관염에 의한 신질환으로 생각되고 있다. 따라서 지금은 진정한 의미의 특발성은 과거보다는 드물게 되었다. 저자들은 발병 1개월만에 말기신부전증으로 진행된 현미경적 다발성동맥염에 의한 급속진행성 사구체 신염 1예를 경험하였기에 보고하는 바이다.

증례: 62세 여자 환자로, 내원 1개월전부터의 우측 옆구리의 통증을 주소로 개인병원에 입원하여 대증적인 치료에도 췌도증상을 보여 본원으로 전원되었다. 과거력이나 가족력상 특이사항은 없었으며 문진상 식욕부진, 메스꺼움, 구토, 오한 및 전신 무기력감을 호소하였고, 이학적검사상 생체징후는 혈압: 100/70 mmHg, 맥박수: 78회/분, 호흡수: 20/분, 체온: 36.7 °C 였고, 만성 병색을 보였으며, 우측 옆구리의 압통 및 반발통 소견을 보였다. 검사실 소견으로, 일반혈액학적 검사상 백혈구 21,060/mm³, 혈색소 8.4g/dl, 혈소판 398,000/mm³이었고, 뇨검사상 RBC:10-29/HPF, WBC:10-29/HPF, protein:150mg/dl, RBC dysmorphism: 85%였고, 혈청생화학 검사상 BUN: 132 mg/dl, Cr: 13.0 mg/dl, Na: 131mEq/L, K: 4.4mEq/L, T.pro/Alb: 5.2/2.1g/dl, ALP/γGT: 225/84 U/L, Ca/P: 7.6/7.6 mg/dl, Uric acid: 12.9 mg/dl, HBsAg(-), HCV Ab(-), RA: 381 IU/ml, CRP: 16.78 mg/dl, ASO: <25.0 IU/ml, ESR: 58mm/hr, CH50: 17 ch50/ml, C3: 117 mg/dl, C4: 24.9 mg/dl, Anti-GBM Ab(-), Cryoglobulin(-)였고, C-ANCA는 양성이었다. 복부초음파상 특이소견은 없었고, 입원도중 세차해에 걸린 혈변배설(hematochezia) 증상을 보여 시행한 상부 및 하부 장관막 혈관 촬영상 출혈을 의심할 만한 병소는 존재하지 않았으며 혈관의 모양은 정상이었다. 대장내시경검사상에서는 직장궤양으로 진단되었다. 요독증상이 심하여 용급 혈액투석을 시행하였고, 신장조직검사를 시행하여, 면역침착이 없는 반월상 사구체 신염으로 진단되어 IV cyclophosphamide pulse therapy 및 PO prednisolone 유지요법으로써 치료하였으나, 신장기능 및 증상의 호전이 없어 현재 혈액투석하면서, 외래추적관찰중이다.